

VÍCTOR VINÍCIUS PAVIANI

**PERFIL DE ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO
MEDICAMENTOSO DE INDIVÍDUOS HIPERTENSOS DE
UMA MICROÁREA DE FLORIANÓPOLIS/SC - 2002**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2002**

VÍCTOR VINÍCIUS PAVIANI

**PERFIL DE ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO
MEDICAMENTOSO DE INDIVÍDUOS HIPERTENSOS DE
UMA MICROÁREA DE FLORIANÓPOLIS/SC - 2002**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Édson Cardoso

Professor Orientador: Dr. Iberê do Nascimento

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2002

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo e de todos agradeço à Deus pela minha vida, pela minha alma e pela minha inteligência, imprescindíveis na realização deste trabalho.

Em especial nesse planeta, agradeço à minha mãe Noemi Schamne Paviani e ao meu pai Devanir Paviani por terem me dado além de sua adorável herança genética, a chance de viver em um lar cheio de paz, união e amor, elementos fundamentais na minha formação psico-emocional.

Também deixo registrado aqui o muito obrigado à minha irmã Gislaine Paviani, a qual sem saber, sempre me motivou pela sua dedicação estudantil, delicadeza para com o próximo, e carinho para comigo.

A todos os meus demais familiares, tanto os presentes quanto os que já partiram deste mundo, eternos incentivadores da minha dedicação espiritual, familiar e profissional. Em especial àqueles que viveram intensamente ao meu lado, mesmo sendo através de pensamentos.

Não poderia deixar de fora todos os meus verdadeiros amigos, recrutantes persistentes do bom astral no dia a dia, e incansáveis “apoios” para os momentos difíceis.

Ao meu mestre e guia científico, Doutor Iberê do Nascimento, o qual além de me servir como modelo profissional, sempre se mostrou dedicado e atencioso ao meu aprendizado.

Agradeço também a todos(as) funcionários(as) do Centro de Saúde I – Córrego Grande, e de maneira especial à Agente Comunitária de Saúde Vanir Maria de Souza Colombi, pelo seu auxílio indispensável na realização do presente estudo.

Sumário

I. Resumo 4

II. Summary..... 5

III. Introdução..... 6

IV. Objetivos..... 9

V. Método 10

VI. Resultados..... 12

VII. Discussão..... 26

VIII. Conclusões..... 32

IX. Normas Adotadas..... 34

X. Referências Bibliográficas..... 35

XI. Apêndice..... 38

I. RESUMO

O objetivo deste trabalho é a caracterização do perfil de adesão ao tratamento não medicamentoso dos indivíduos hipertensos residentes na microárea 03 do Bairro Córrego Grande (área 170) em Florianópolis/SC, nos meses de maio e junho de 2002.

A pesquisa aqui documentada é do tipo transversal e de caráter descritivo.

Dos indivíduos entrevistados, 74% eram do sexo feminino, 88,5% encontravam-se entre a quinta e a oitava década de vida, 76,9% das mulheres tinham primeiro grau incompleto, todos os homens encontravam-se casados, 60% tinham sido diagnosticados como hipertensos em menos de 11 anos, 47,6% das mulheres realizam três ou mais consultas médicas anuais, 80% dos indivíduos fazem uso regular da medicação antihipertensiva.

Conclui-se que houve adesão na maioria dos indivíduos no que se refere ao consumo de sal e de alimentos que o contenham em quantidade elevada, no uso de fibras e na prática de algum tipo de atividade física, além de todos os tabagistas diminuírem ou abandonarem o hábito. Não obstante, após o diagnóstico de hipertensão, 54% dos entrevistados aumentaram de peso e 62,5% dos homens continuaram usando bebidas alcoólicas.

II. SUMMARY

The purpose of this study was to describe the profile of non pharmacologic adhesion of the hypertensive people who lived in 03 smallarea of Córrego Grande district (170 area) of Florianópolis/SC, in may and june of 2002.

The search here documented is of transversal kind and with description character.

Of interview people, seventy four percent were women. Eighty eight an a half were between 41 and 79 years old. 76,9% of women hadn't primary school. All men were marry. Sixty percent were high pressure diagnosis less than 11 years ago. 47,6% of women taked a medical advice three times or more every year and eighty percent were make use regular antihipertensive drugs.

It follows that the most of people had a adhesion about the salt utilization and food with high salt concentration, the fibres use, practice of some exercise kind, and reduction or paused of smoke. However, after hipertension diagnosis, fifty four percent of interview people increased your weight and sixty two and a half percent oh men keep used alcoholid drinks.

III. INTRODUÇÃO

Na década de 30, as doenças Cardiovasculares eram responsáveis por cerca de 11% das mortes nas capitais do país¹. As rápidas e profundas modificações econômicas e políticas ocorridas no Brasil a partir da década de 60 resultaram em mudanças acentuadas na sociedade, caracterizadas, entre outras, por: aumento da produção industrial; maciça migração de áreas rurais para os grandes centros urbanos; queda acentuada do índice de fertilidade; redução da mortalidade infantil; redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias; aumento considerável da esperança de vida além da aquisição ou reforço de hábitos nocivos à saúde². Com isso, a partir da década de 80 ela passa a ser a maior causa de morte entre todas as idades com um percentual variando em torno de 30%^{1,2}.

A doença Cardiovascular é uma categoria diagnóstica genérica que consiste em várias doenças separadas, dentre as quais, podemos destacar como principais, as doenças isquêmicas do coração (DIC) e a doença vascular cerebral (DVC)³. Na região sul e sudeste há uma aproximação entre a magnitude da DIC e da DVC, sendo que aquela é mais freqüente nas capitais do Sul e Sudeste, aproximando-se do padrão dos países desenvolvidos². Temos, dentre vários fatores de risco, a idade, sexo, antecedentes familiares positivos, tabagismo, dislipidemia, diabetes, obesidade, sedentarismo e hipertensão arterial^{1,3,4}.

A hipertensão arterial, uma entidade clínica multifatorial, é conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular)⁵. A hipertensão arterial é, dentre os fatores de risco cardiovascular, um dos mais importantes, afetando cerca de 15 a 20% da população brasileira adulta, além de estar presente em cerca de 85% dos pacientes com AVE (Acidente Vascular Encefálico) e de 40 a 60% dos pacientes com IAM (Infarto Agudo do Miocárdio)^{1,5}. Sabe-se também que as principais causas de morte por doenças cardiovasculares são a DIC e a DVC, e que, suas manifestações clínicas mais comuns são o IAM e o AVE respectivamente³.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é, portanto, um dos mais sérios problemas de saúde de nosso país⁶. Ela é mais freqüente nas populações urbanas que nas rurais, e um pouco mais nas mulheres do que nos homens⁶. Também acomete mais negros do que brancos e

apresenta-se de maneira extremamente comum na população geriátrica, afligindo quase 65% na faixa etária de 65 a 74 anos³. A estimativa da prevalência atual no nosso país situa-se em torno de 26% sendo que desses, apenas 50% sabem que são hipertensos, 30% realizam tratamento, e apenas 10% têm a sua pressão controlada⁷.

A HAS em indivíduos maiores de 18 anos é diagnosticada quando a média de duas ou mais medidas de pressão arterial (PA) diastólica em pelo menos duas consultas subseqüentes é superior a 90mmHg ou quando a média de várias leituras de PA sistólica em duas ou mais consultas subseqüentes situa-se sistematicamente, acima de 140mmHg³. A sua estratificação em grupos de acordo com o fator de risco individual é fundamental para a decisão terapêutica e subdivide-se em grupo A (sem fatores de risco e sem lesões em órgãos-alvo); grupo B (presença de fatores de risco (não incluindo diabetes melito) e sem lesão em órgãos-alvo) e grupo C (presença de lesão em órgãos-alvo, doença cardiovascular clinicamente identificável e/ou diabetes melito)^{5,7,8}. Da mesma forma, de acordo com o nível de PA, teremos uma categoria classificada como normal até 129/84mmHg; normal limítrofe de 130/85mmHg até 139/89mmHg; hipertensão leve (estágio 1) de 140/90mmHg até 159/99mmHg; hipertensão moderada (estágio 2) de 160/100mmHg até 179/109mmHg e hipertensão severa (estágio 3) igual ou acima de 180/110mmHg.^{5,7,8} Cruzando-se o grupo em que se enquadra com o nível de PA, teremos uma orientação terapêutica onde as medidas de modificação de estilo de vida devem ser instituídas em todos os pacientes⁸. Já todos os pacientes com hipertensão arterial moderada e severa (estágios 2 e 3) devem receber tratamento medicamentoso inicial assim como todos os pacientes do grupo C com qualquer nível de hipertensão⁵.

A epidemiologia moderna reconhece três níveis de prevenção: a terciária, a secundária e a primária. Esta visa a implementação de programas e uso de recursos destinados a reduzir a ocorrência de casos novos, enquanto a secundária visa o combate à hipertensão já estabelecida, buscando reconduzir as cifras tensionais aos valores normais (ou às melhores cifras ainda toleradas pelo paciente), impedir ou atenuar o comprometimento dos órgãos-alvo, suavizar a evolução da doença e postergar seu desfecho⁶. As modificações de estilo de vida, citadas acima, consistem no tratamento não farmacológico da hipertensão arterial e compreendem medidas idênticas às de prevenção primária e secundária, tendo como principal objetivo, diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio da modificação de hábitos de vida que favoreçam a redução da pressão arterial^{5,7}.

Podemos citar como medidas importantes nesse tratamento: redução do peso corporal a fim de atingir um Índice de Massa Corpórea (IMC) inferior a 25 kg/m²; redução da ingesta de sal/sódio para menos de 100meq/dia ou seja menos de 6g de sal por dia. Dentro desse item deve-se evitar a ingesta de alimentos com alto teor de Sódio como sal de cozinha, temperos industrializados, alimentos industrializados ("ketchup", mostarda, shoyu, caldos concentrados), embutidos (salsicha, mortadela, lingüiça, presunto, salame, paio), conservas (picles, azeitona, aspargo, palmito), enlatados (extrato de tomate, milho, ervilha), bacalhau, charque, carne seca, defumados, aditivos (glutamato monossódico) utilizados em alguns condimentos e sopas de pacote, queijos em geral. Outra medida de valor considerável é o aumento na ingesta de potássio, presente em algumas verduras e frutas; diminuição do consumo de bebidas alcoólicas, sendo aconselhável que esse não ultrapasse 30 ml de etanol/dia, contidos em 60 ml de bebidas destiladas (uísque, vodca, aguardente, etc.), 240 ml de vinho, ou 720 ml de cerveja; abandono do tabagismo; controle do diabetes melito; exercício físico isotônico regular; controle das dislipidemias, através do aumento de fibras da dieta e a redução da ingesta de gorduras saturadas, utilizando preferencialmente gorduras mono e poliinsaturadas. São alimentos ricos em colesterol e/ou gorduras saturadas: porco (banha, carne, "bacon", torresmo), leite integral, creme de leite, nata, manteiga, lingüiça, salame, mortadela, presunto, salsicha, sardinha, frituras com qualquer tipo de gordura, frutos do mar (camarão, mexilhão, ostras), miúdos (coração, moela, fígado, miolos, rim), pele de frango, couro de peixe, dobradinha, caldo de mocotó, gema de ovo e suas preparações, carne de gado com gordura visível, óleo, leite e polpa de coco, azeite de dendê, castanhas, amendoim, chocolate e derivados, sorvetes^{5,7}.

Torna-se evidente que na realidade social predominante é muito difícil a recomendação de algumas das medidas comentadas, sendo nesses casos, o bom senso o método utilizado para escolher as medidas factíveis em cada caso⁹. Não obstante, quase todas as medidas não-medicamentosas dependem de mudanças no estilo de vida de forma permanente⁵, e até que ponto o paciente está disposto a aderir a essas mudanças, é uma questão primordial a ser respondida. Aparece com isso, a necessidade de um método de avaliação seguro para identificar a adesão a esse tratamento não farmacológico e, sendo assim, evidencia-se a importância de buscar fora do serviço de saúde, ou seja, no próprio local de moradia dos indivíduos hipertensos, a resposta a essa questão.

IV. OBJETIVOS

Geral

Caracterizar o perfil de adesão ao tratamento não medicamentoso dos indivíduos hipertensos residentes na microárea 03 do Bairro Córrego Grande (área 170) desta cidade, em maio e junho de 2002.

Específicos

1. Comparar a redução do peso corporal durante o período de evolução da doença;
2. Identificar modificações na ingesta de sódio na alimentação;
3. Identificar modificações no consumo de bebidas alcoólicas;
4. Identificar a prática de algum tipo de atividade física;
5. Identificar a modificação do consumo de fibras alimentares;
6. Verificar modificações no padrão de uso de tabaco no período entre o diagnóstico da hipertensão e a entrevista;
7. Comparar a evolução da ingesta de gordura saturada na alimentação.

V. MÉTODO

Esta pesquisa aqui documentada é do tipo transversal, de caráter descritivo, sendo realizada durante os meses de maio e junho de 2002. Seus dados foram obtidos através de visitas domiciliares aos pacientes hipertensos cadastrados como tal no Centro de Saúde I Córrego Grande, de determinada microárea. Esse centro de Saúde encontra-se vinculado à Prefeitura Municipal de Florianópolis e faz parte do programa docente-assistencial da Universidade Federal de Santa Catarina.

O critério de inclusão do presente estudo foi o fato do indivíduo encontrar-se cadastrado como Hipertenso no referido Centro de Saúde e ser morador da microárea 03 do bairro Córrego Grande (área 170). Essa subdivisão da abrangência da Unidade de Saúde em microáreas foi realizada pela Prefeitura para delimitar o território de atuação de cada Agente de Saúde, profissional requerido pelo modelo “Saúde da Família” implantado pelo Ministério da Saúde.

Foram incluídos nesse trabalho um total de quarenta e cinco indivíduos cadastrados pelo Centro de Saúde, de acordo com informações colhidas com a agente de saúde responsável pela referida microárea. Desse total foram excluídos sete indivíduos que não se encontravam em suas respectivas residências após três visitas domiciliares em dias diferentes, além de outros três, os quais não aceitaram a visita domiciliar, impossibilitando dessa forma a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário, o qual foi lido pelo autor deste trabalho a cada indivíduo, com a finalidade de não ocorrer falsa interpretação ou dificuldade de leitura visto que grande parte dos entrevistados poderia ser pessoas idosas e com baixa escolaridade. As questões aplicadas foram elaboradas com respostas exclusivamente objetivas, evitando assim respostas inadequadas. O referido questionário.....
aplicado aos indivíduos incluídos na pesquisa encontra-se em sua totalidade disponível no apêndice deste trabalho.

Sendo o objetivo do presente estudo, o perfil de adesão ao tratamento não medicamentoso dos pacientes hipertensos, foram pesquisados dados sobre a alteração da dieta e de hábitos de vida. De acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão, foi considerado como critério de adesão ao tratamento não farmacológico a diminuição do peso, prática de exercícios físicos com regularidade, diminuição da ingestão de sal e alimentos que o contêm em grande quantidade, diminuição da ingestão de alimentos ricos em colesterol e/ou gordura saturada, dieta rica em fibras, abandono do tabagismo, e diminuição do consumo de bebidas alcoólicas. Além da verificação da adesão a esses meios de tratamento, também foram coletados dados sócio-culturais como escolaridade, estado civil, idade, sexo; e outros como tempo de diagnóstico de hipertensão, frequência anual de visita médica e utilização regular de alguma medicação.

VI. RESULTADOS

O estudo mostrou que do total de 35 indivíduos entrevistados, 26 eram do sexo feminino enquanto apenas 9 eram do sexo masculino.

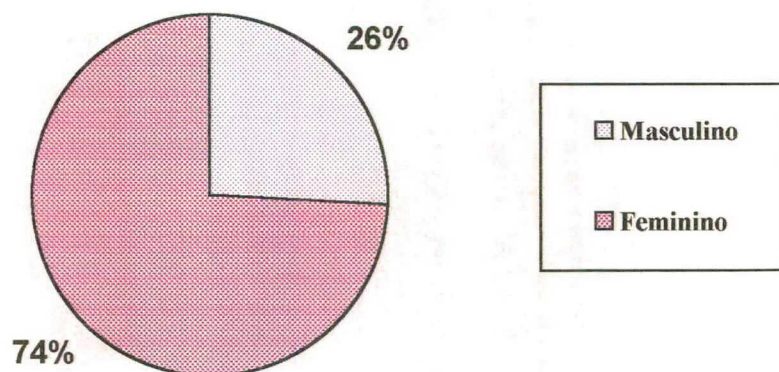


Figura 1 - Porcentagem por sexo dos indivíduos

A idade dos indivíduos pesquisados variou de 30 até 88 anos. As faixas etárias foram subdivididas em décadas, onde foi constatado que 8,5% dos indivíduos encontravam-se na quarta década de vida, 20% encontravam-se na quinta década, 25,7% encontravam-se na sexta década, 22,8% na sétima década, 20% na oitava década e 2,8% na nona década de vida. Observou-se com isso que a grande maioria dos indivíduos (88,5%) encontram-se entre a quinta e a oitava década de vida.

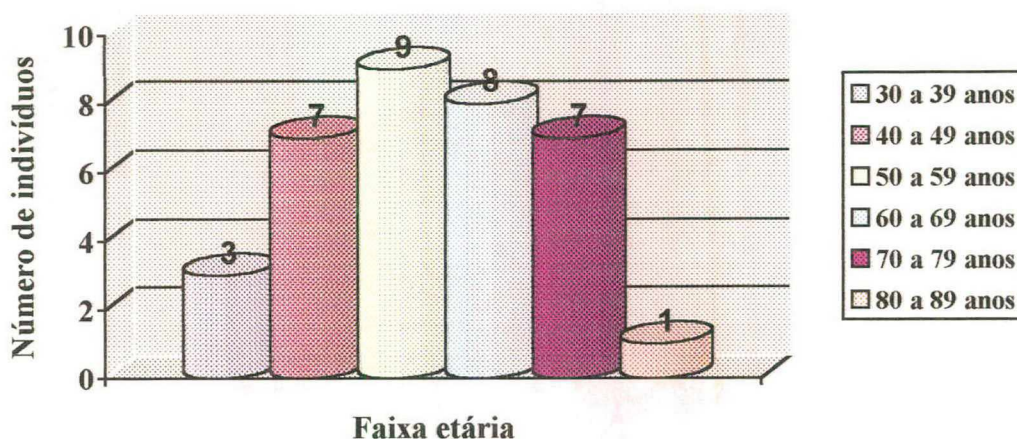


Figura 2 - Distribuição por Faixa Etária dos indivíduos

Cruzando-se a faixa etária dos indivíduos com o sexo, encontramos uma maior prevalência da quinta década de vida no sexo masculino enquanto que no sexo feminino encontramos maior prevalência de indivíduos da sexta e sétima década de vida, como mostra o gráfico abaixo.

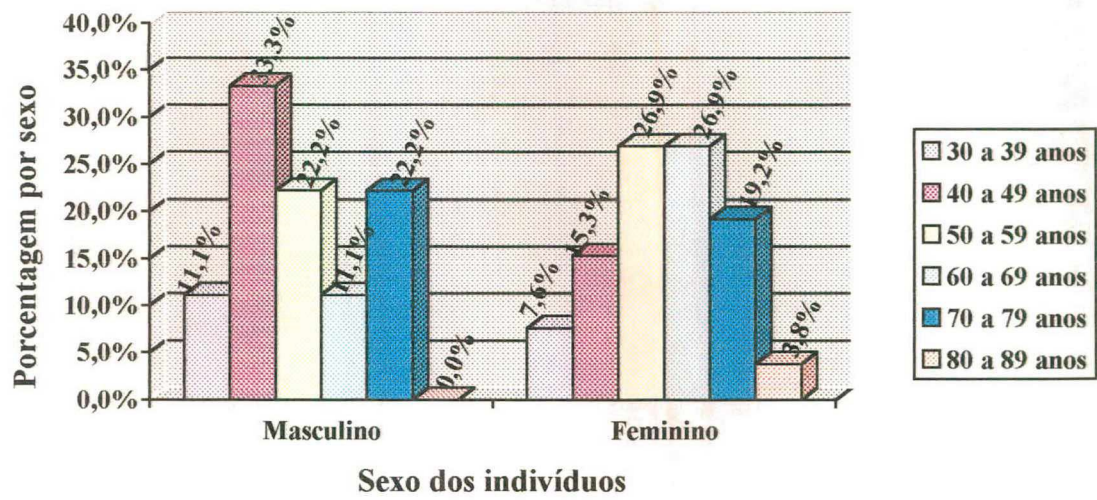


Figura 3 - Sexo dos indivíduos x Faixa etária

Com relação à escolaridade observou-se que a grande maioria das entrevistadas (76,9%) apresenta primeiro grau incompleto. Já em relação aos homens, a maioria dos entrevistados também apresentava primeiro grau incompleto, não obstante, observou-se um maior número de indivíduos com escolaridade secundária e terciária comparando-se com as mulheres.

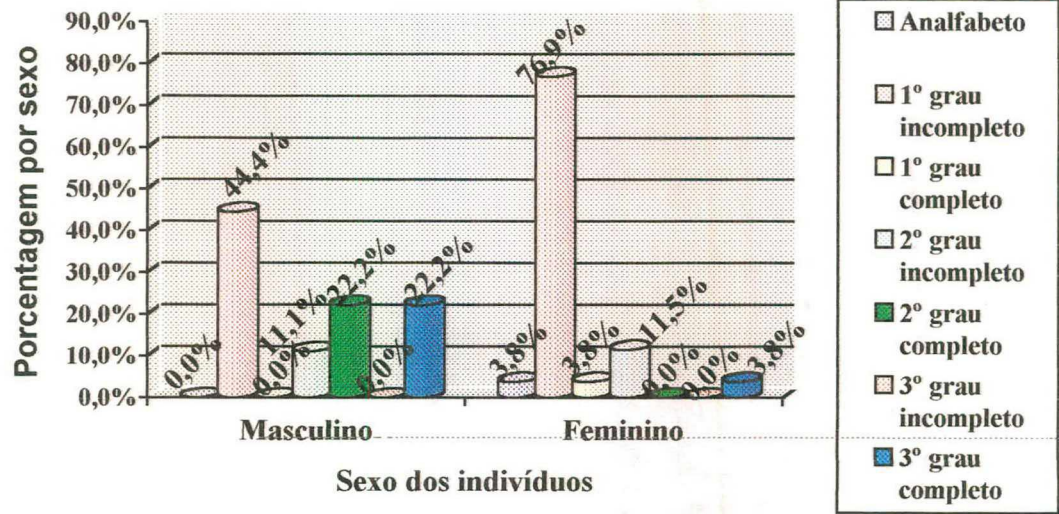


Figura 4 - Escolaridade de acordo com o sexo dos indivíduos

Todos os homens estavam casados na época da entrevista, da mesma forma que a grande maioria das mulheres também (65,3). Observou-se um número considerável de mulheres viúvas (26,9%).

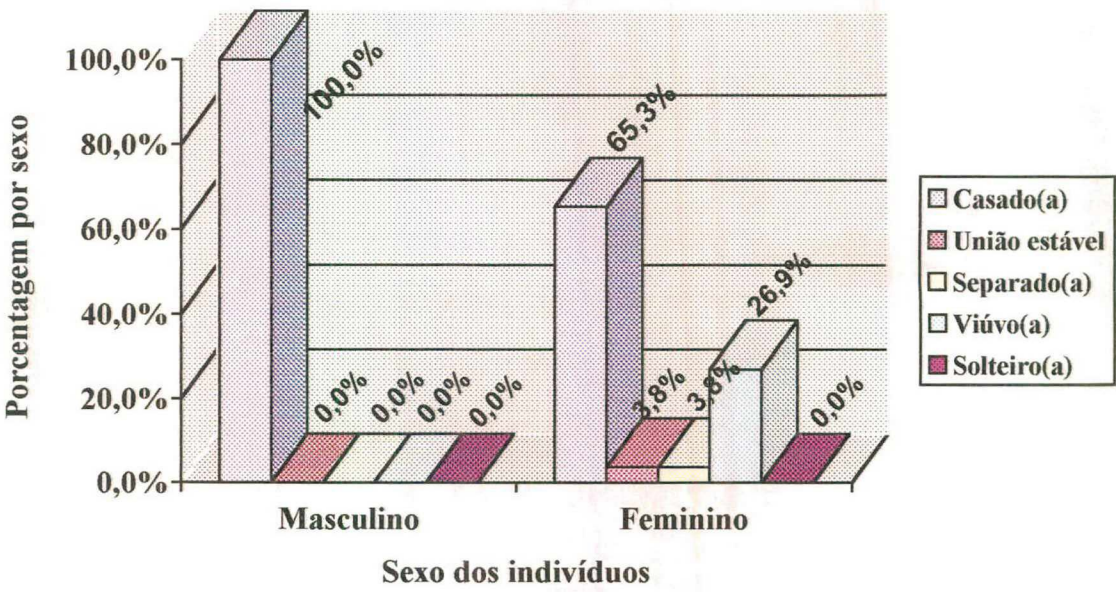


Figura 5 - Estado Civil dos indivíduos de acordo com o sexo

Observou-se que a maioria dos indivíduos de ambos os sexos tinha diagnosticado sua doença em menos de onze anos. Não obstante, uma quantidade considerável das mulheres (30,7%) relataram ter sido feito o diagnóstico de hipertensão entre onze e vinte anos atrás.

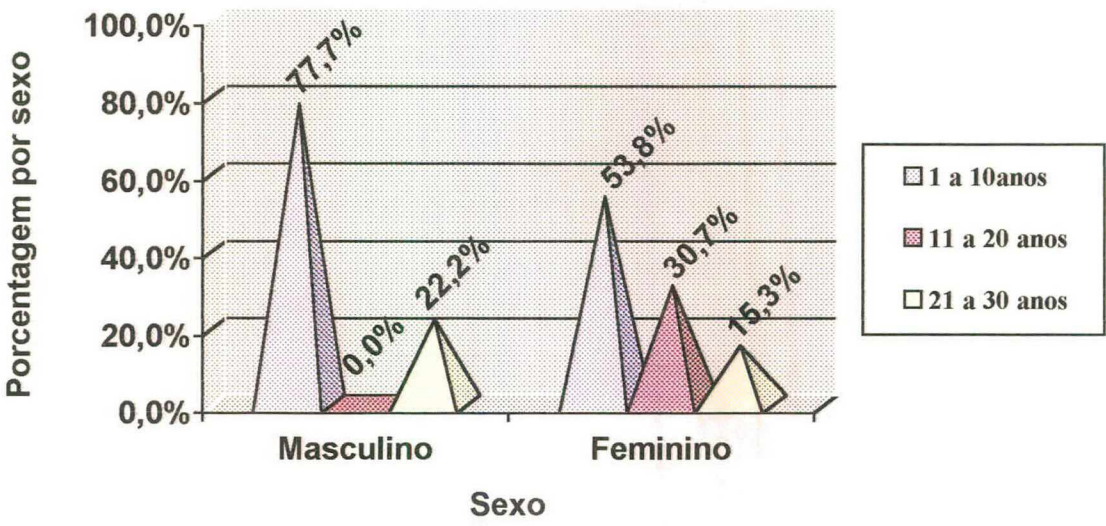


Figura 6 - Tempo de diagnóstico de hipertensão

Uma quantidade significativa das mulheres (42,3%) tem acompanhamento em consulta médica quatro vezes ou mais por ano. Não obstante, uma minoria dos homens (11,1%) apresenta essa reavaliação médica frequente.

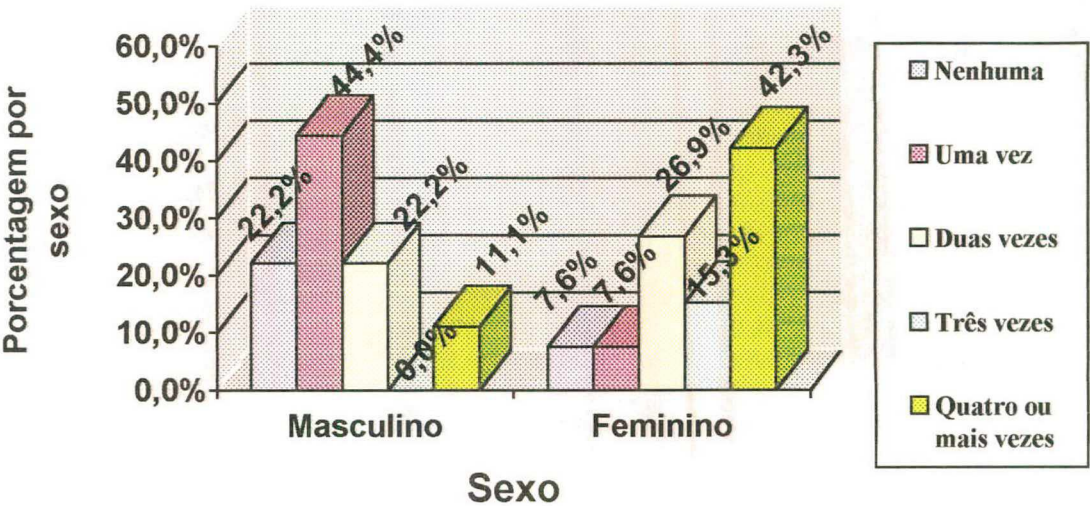


Figura 7 - Frequencia da reavaliação médica anual da hipertensão

Cruzando-se a idade dos entrevistados com a frequência da reavaliação médica anual, observou-se que 34,2% deles apresentam quatro ou mais consultas anuais sendo que os indivíduos da sétima e oitava décadas de vida foram os mais prevalentes para essa frequência.

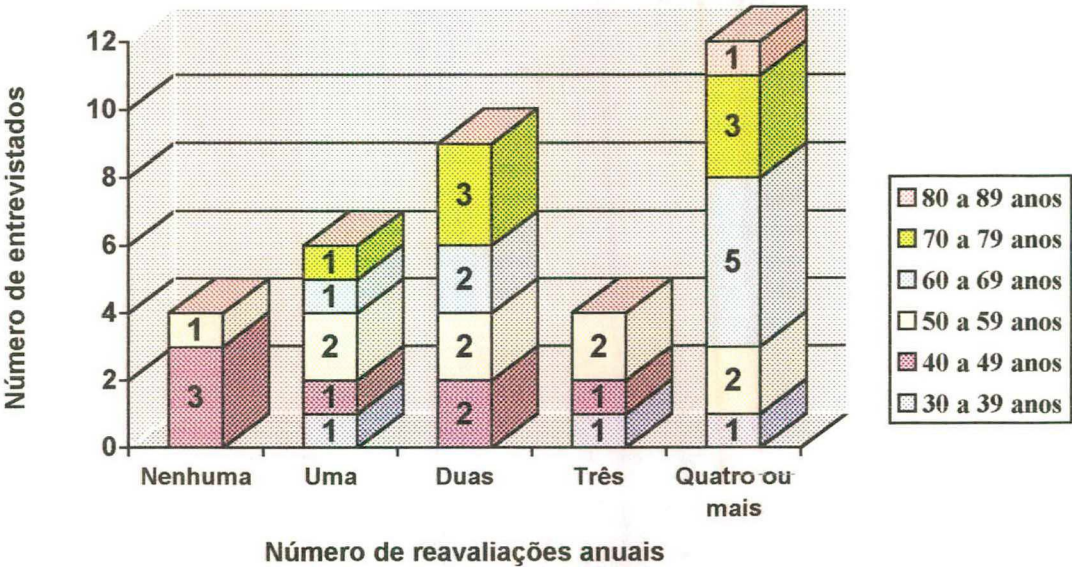


Figura 8 - Frequência da reavaliação médica anual da hipertensão de acordo com a idade

Quanto ao uso de medicação anti-hipertensiva, um terço dos homens não utiliza-a regularmente enquanto um percentual menor das mulheres (15,3%) nega seu uso habitual.

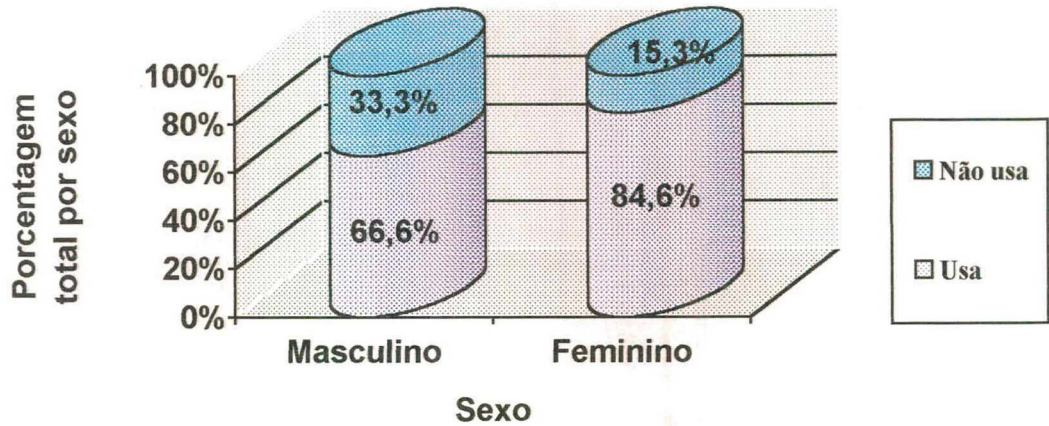


Figura 9 - Utilização regular de medicação anti-hipertensiva

Em relação ao peso, observou-se que mais da metade dos pacientes (54,2%) encontravam-se com peso maior na época da entrevista, comparando-se com a época do seu diagnóstico de hipertensão.

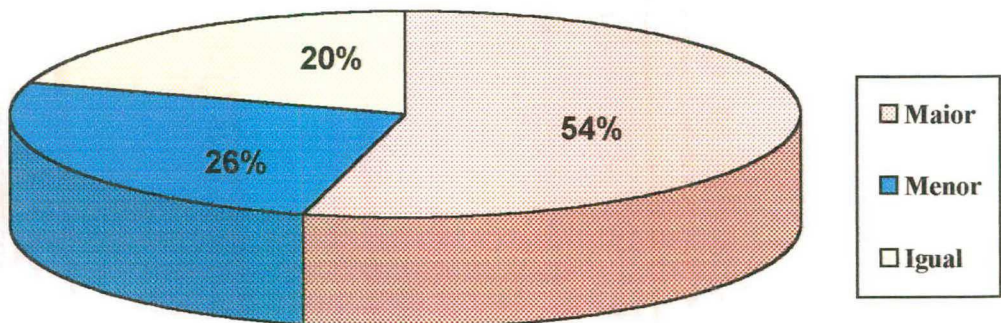


Figura 10 - Comparação do peso do paciente na época do diagnóstico com o da atualidade.

Observou-se que após o diagnóstico de hipertensão, a maioria das mulheres (76,9%) diz ter diminuído a quantidade de sal utilizada no preparo dos alimentos enquanto pouco mais da metade dos homens (55,5%) praticou esse controle.

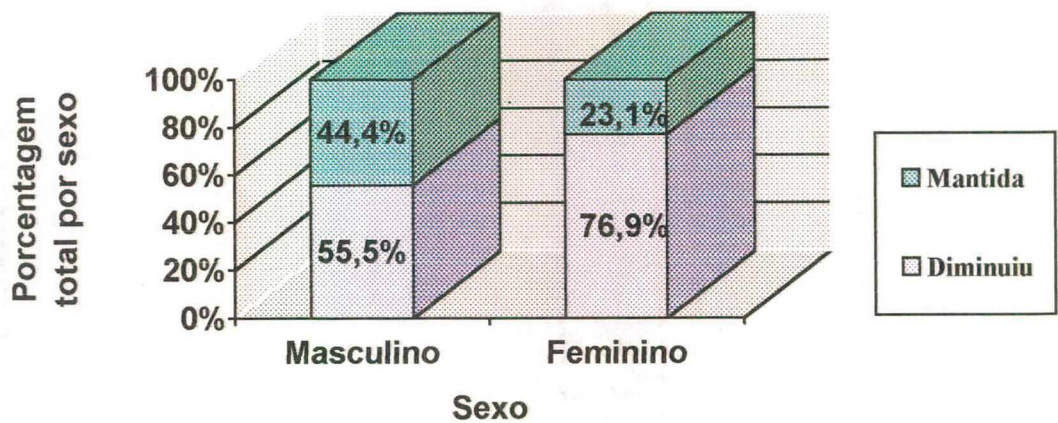


Figura 11 - Quantidade de sal utilizada no preparo dos alimentos após o diagnóstico de hipertensão

Cruzando-se a idade dos entrevistados com a quantidade de sal utilizada no preparo dos alimentos observou-se que 71,4% deles diminuíram seu uso sendo que os indivíduos da sexta e sétima décadas foram os que mais contribuíram para isso.

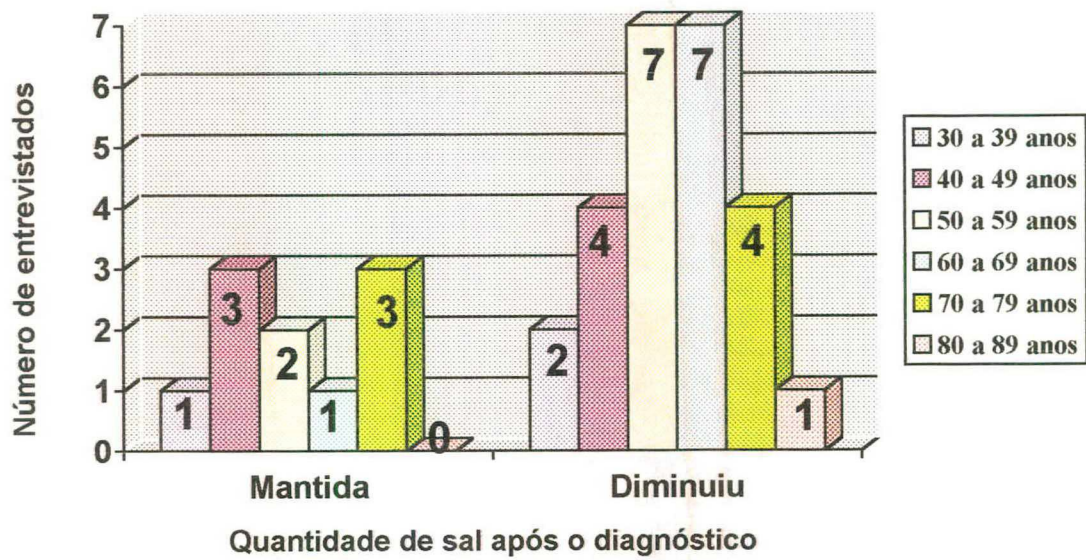


Figura 12 - Quantidade de sal utilizada no preparo dos alimentos de acordo com a idade

A utilização de alimentos enlatados não fazia parte da dieta de 12 indivíduos (34%). Não obstante, mais que dois terços dos que faziam uso desse tipo de alimentos, mantiveram-no após seu diagnóstico. No gráfico da página seguinte visualiza-se perfeitamente.

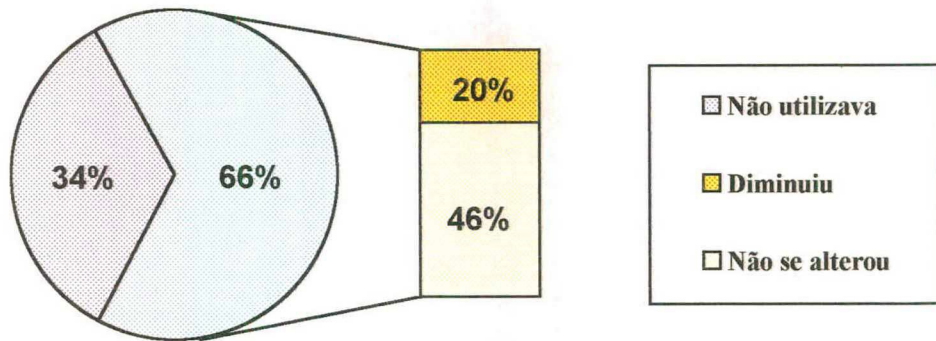


Figura 13 - Utilização de alimentos enlatados antes e após o diagnóstico de hipertensão

Em relação às conservas, a maioria dos entrevistados (22 indivíduos) não utilizava-a habitualmente. Uma pequena parcela (5 indivíduos) manteve sua utilização mesmo após o diagnóstico de hipertensão.

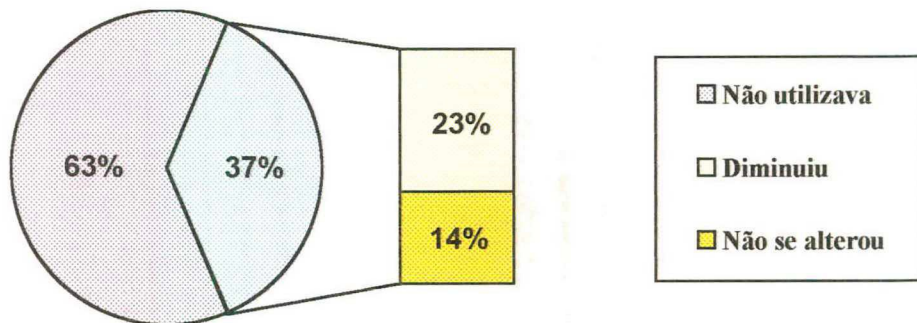


Figura 14 - Utilização de conservas na dieta antes e após o diagnóstico de hipertensão

O uso habitual de alimentos embutidos foi constatado na grande maioria das pessoas (31 indivíduos) e, dentre esses, 20 indivíduos diminuíram sua utilização na dieta após o diagnóstico de hipertensão.

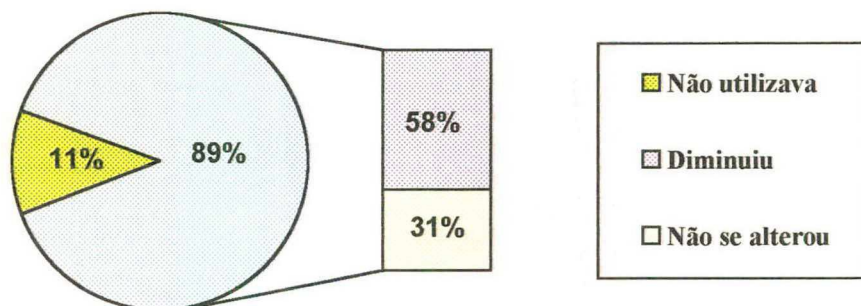


Figura 15 - Utilização de alimentos embutidos antes e após o diagnóstico de hipertensão

Praticamente metade dos indivíduos (17) não usava habitualmente alimentos industrializados. A maioria (13) dos indivíduos que fazia uso regular desse tipo de alimento diminuiu após seu diagnóstico de hipertensão.

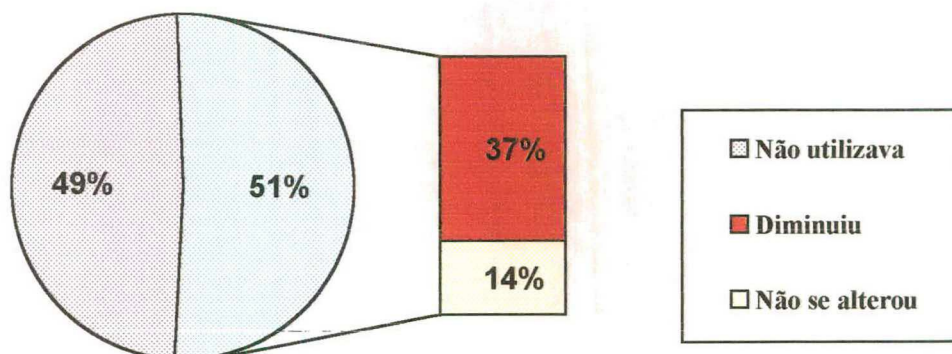


Figura 16 - Utilização de alimentos industrializados antes e após o diagnóstico de hipertensão

A grande maioria dos entrevistados (32 indivíduos) fazia uso regular de queijo na sua dieta. Desses, 20 indivíduos referem ter diminuído seu uso após o diagnóstico de hipertensão.

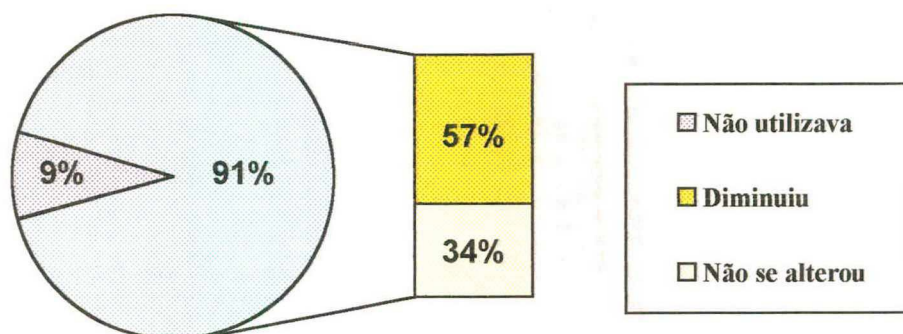


Figura 17 - Utilização de queijo antes e após o diagnóstico de hipertensão

Quanto ao uso de alimentos light/diet, percebeu-se que a grande maioria dos entrevistados (22) não os utilizavam rotineiramente e todos os outros (13 indivíduos) que já faziam uso desse tipo de dieta antes do diagnóstico de hipertensão, aumentaram seu consumo, conforme mostra o gráfico da página seguinte.

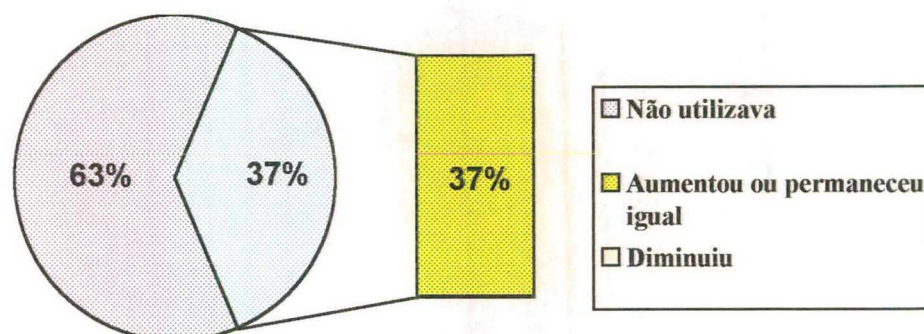


Figura 18 - Utilização de alimentos light/diet antes e após o diagnóstico de hipertensão

Apenas 1 indivíduo não fazia uso habitualmente de fibras (frutas, grãos, verduras, folhas) na dieta, assim como também apenas 1 paciente que já fazia uso delas antes do diagnóstico de hipertensão, a partir daí, diminuiu seu consumo. Os demais (33 entrevistados) mantiveram ou aumentaram o consumo de fibras.

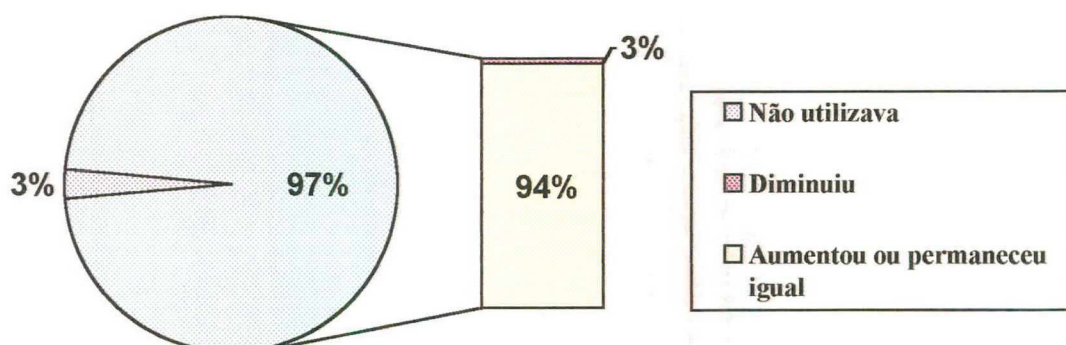


Figura 19 - Utilização de fibras antes e após o diagnóstico de hipertensão

Cruzando-se a idade dos entrevistados com a utilização de fibras, observou-se que um único indivíduo da sétima década de vida não utilizava fibras previamente ao seu diagnóstico enquanto também um único indivíduo da quinta década de vida diminuiu seu uso após o diagnóstico. Visualiza-se melhor esses dados no gráfico na página seguinte.

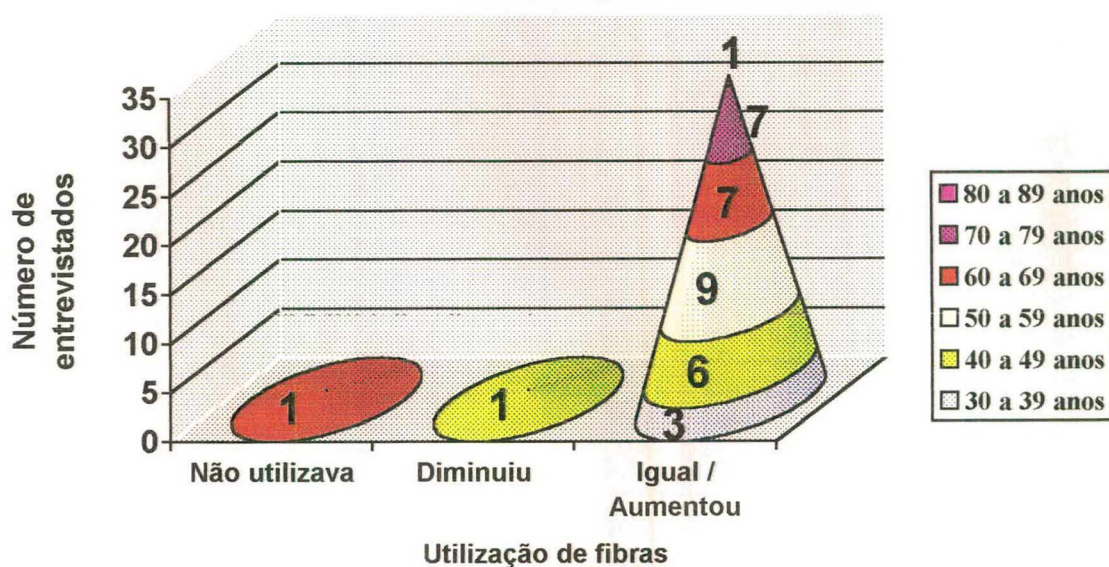


Figura 20 - Utilização de fibras antes e após o diagnóstico de hipertensão de acordo com a idade

Observou-se que todos os homens (9) praticavam algum tipo de atividade física antes do seu diagnóstico, e continuou, após este, praticando-a com maior, igual ou menor intensidade. A maioria das mulheres (22) procedeu da mesma forma que os homens, enquanto apenas quatro mulheres nunca tiveram o hábito de praticar qualquer tipo de exercício.

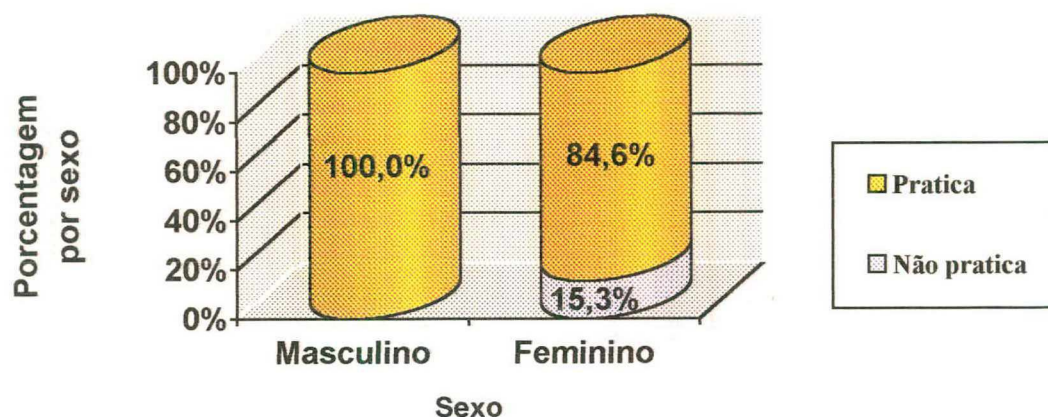


Figura 21 - Prática de atividade física após o diagnóstico de hipertensão

Cruzando-se a idade com a prática de alguma atividade física, observamos que 33,3% dos indivíduos da quarta década de vida, 14,2% dos indivíduos da quinta, e 22,2% dos indivíduos da sexta década, não o fazem rotineiramente.



Figura 22 - Prática de atividade física de acordo com a idade

Apenas um homem não utilizava bebida alcoólica enquanto que 16 mulheres não ingeriam esse tipo de bebida antes do diagnóstico de hipertensão. Visualiza-se melhor no gráfico da página seguinte.

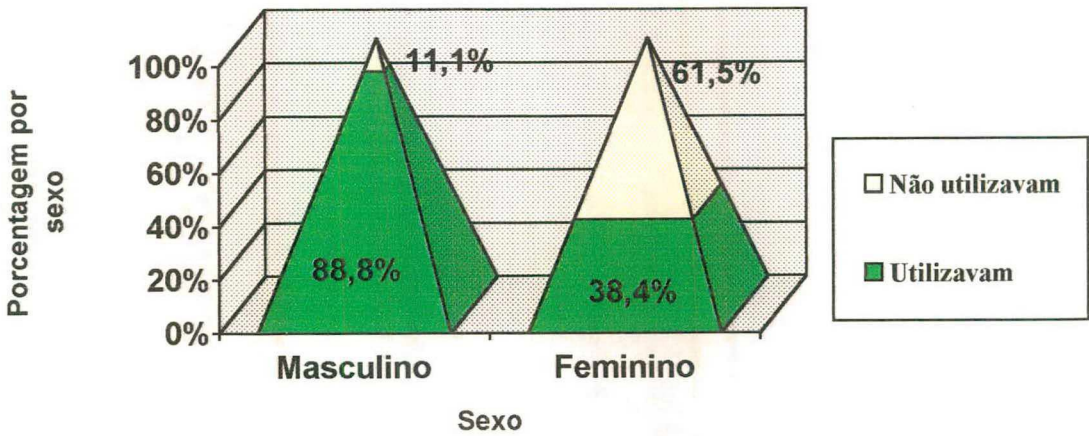


Figura 23 - Utilização de bebidas alcoólicas antes do diagnóstico de hipertensão

Dos indivíduos do sexo masculino que usava bebida alcoólica, cinco mantiveram seu uso após o diagnóstico enquanto que do sexo feminino, apenas quatro procederam da mesma forma. Nenhum indivíduo aumentou seu uso após o diagnóstico.

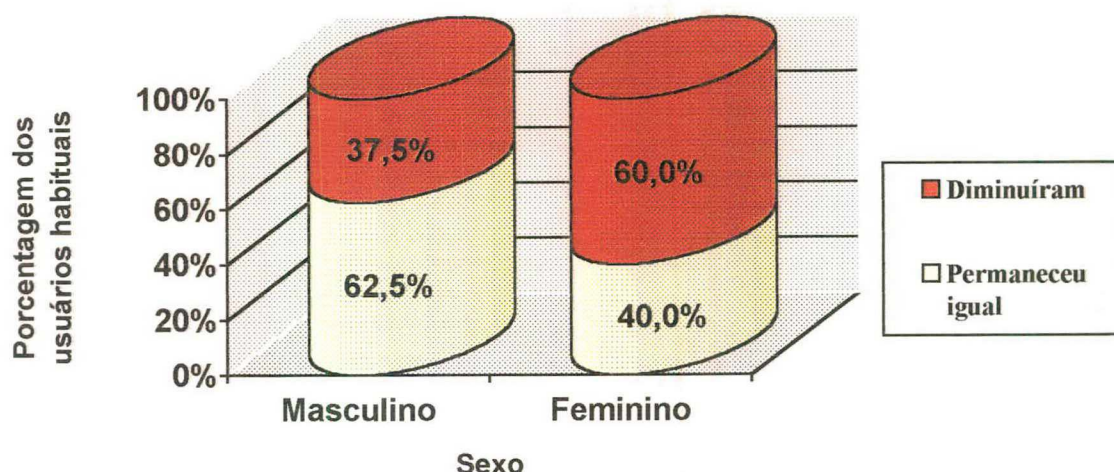


Figura 24 - Utilização de bebida alcoólica após o diagnóstico de hipertensão dos indivíduos que já a utilizava antes do mesmo

Antes do diagnóstico de hipertensão, 5 homens não faziam uso de cigarro habitualmente enquanto 23 mulheres também não. Todos os demais indivíduos tabagistas préveos, diminuíram ou pararam de fumar após o diagnóstico.

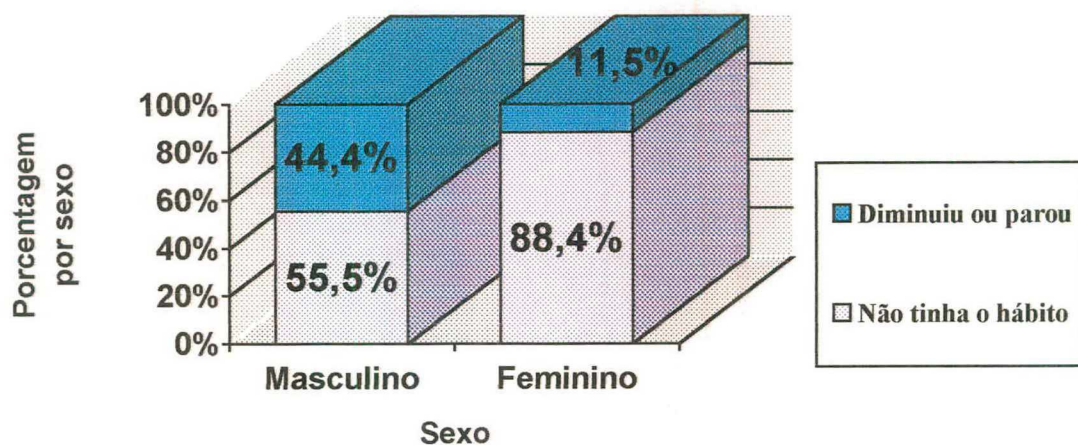


Figura 25 - Hábito de fumar antes e após o diagnóstico de hipertensão

Quanto ao controle da ingestão de gorduras saturadas, observou-se que 21 indivíduos não usavam habitualmente carne de gado com gordura visível, castanha e amendoim, 19 indivíduos não usavam habitualmente carne de porco e seus derivados, e 17 indivíduos não usavam habitualmente pele de frango e/ou couro de peixe. Não obstante, apenas 3 indivíduos não utilizavam rotineiramente frituras com qualquer tipo de gordura, e 8 indivíduos não utilizavam rotineiramente gema de ovo e suas preparações. Os demais dados sobre outros alimentos evidenciam-se na tabela abaixo.

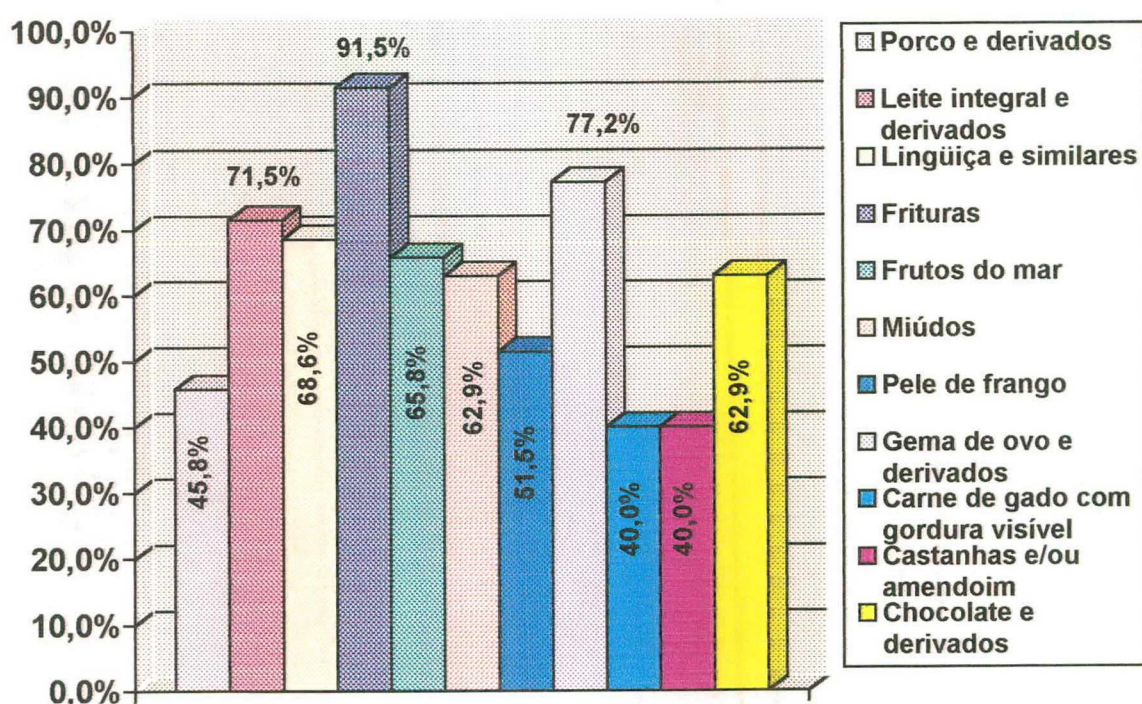


Figura 26 - Porcentagem de indivíduos que utilizavam habitualmente algum tipo de alimento com gordura saturada antes do diagnóstico de hipertensão

Dos indivíduos que utilizavam previamente algum tipo de alimentação com gordura saturada, observou-se que 19 deles diminuíram ou retiraram leite integral e derivados da dieta, 16 deles diminuíram ou retiraram frituras e pele de frango da dieta enquanto apenas 1 retirou ou diminuiu castanha e amendoim assim como 5 entrevistados procederam com os frutos do mar. As demais informações encontram-se no gráfico da página seguinte.

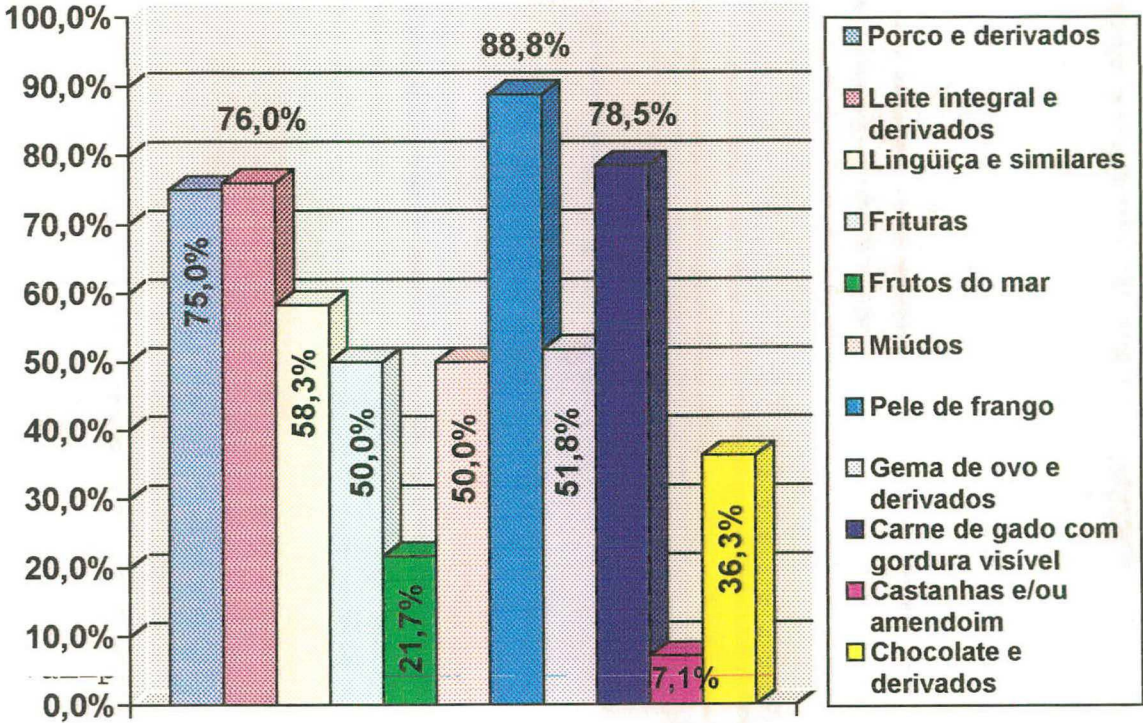


Figura 27 - Porcentagem de indivíduos que faziam uso prévio de alimento com gordura saturada e diminuiu ou retirou-o da dieta após seu diagnóstico

VII. DISCUSSÃO

Quase três quartos dos entrevistados eram do sexo feminino, praticamente igual ao estudo de Stolf, GC e semelhante ao de Braga, CC que demonstraram uma prevalência do sexo feminino de (73,8%) e (70,6%) respectivamente. Tais estudos sugerem o fato da prevalência feminina ter sido mais alta que a masculina devido a mudanças de hábito da população feminina e maior procura por parte delas aos Centros de Saúde (esses trabalhos foram realizados dentro deles)^{10,11}. Devido ao fato do presente estudo ter sido realizado em visitas domiciliares, contraria os outros quanto a maior procura de Postos de Saúde, não obstante, concorda no sentido da alteração do estilo de vida. A prevalência do sexo feminino destoa um pouco com o trabalho de Hafe, PV, o qual evidenciou a parte de mulheres compatível com 53,1% do todo¹². A literatura é contraditória com tal dado que por vezes refere uma prevalência ligeiramente maior das mulheres⁶ e, por vezes, ligeiramente maior dos homens².

Mais de noventa por cento dos indivíduos encontram-se da quinta década de vida ou acima dela, parecida com a prevalência de STOLF, GC (95%) e um pouco maior que a de Braga, CC (78,3%). A década de maior prevalência foi a sexta com pouco mais de um quarto do total de entrevistados, diferente de Stolf, GC o qual constatou a maioria com 32,5% na sétima década de vida. Cruzando-se a idade com o sexo evidenciou-se uma maior prevalência da quinta década de vida (33,3%) no sexo masculino e da sexta e sétima (26,9% para cada) para o feminino, dados relativamente semelhantes ao de Hafe, PV o qual descreveu como mais prevalentes as idades da quinta e sexta décadas para aqueles e da sétima e oitava décadas para estas. Já Van Rossum, CTM em seu trabalho evidenciou uma maior prevalência da sétima décadas de vida para ambos os sexos (42% do masculino e 32,8% do feminino) seguido por uma prevalência também alta da oitava década (29,3% do masculino e 28,9% do feminino)¹³. A literatura mostra-se concordante em âmbito populacional referindo uma prevalência mais alta da hipertensão quanto mais alta é a faixa etária^{6,9}, o que impossibilita comparação com o presente estudo, já que não possui dados de prevalência da hipertensão na população como um todo.

Quanto à escolaridade observou-se que mais de 80% das mulheres apresentava um baixo grau de instrução escolar, ou seja, eram analfabetas ou tinham primeiro grau incompleto. Quanto aos homens, observou-se um índice menor que as mulheres com pouco mais de 40%. Comparando-se esses dados com o trabalho de Van Rossum, CTM, existe uma semelhança no sentido de encontrarmos também um índice maior de mulheres (48,3%) ao de homens (27,9%). Não obstante, esses valores em porcentagem absoluta são menores, o que se justifica provavelmente ao fato desse trabalho ter sido realizado em um país de primeiro mundo¹³.

Quanto ao estado civil dos indivíduos, encontramos a totalidade dos homens vivendo com uma parceira enquanto que quase 70% das mulheres encontravam-se casadas ou em união estável. Novamente encontramos semelhança com o estudo de Van Rossum, CTM onde 83,7% dos homens viviam com uma parceira enquanto apenas 50,8% das mulheres encontravam-se da mesma forma. Um dos motivos provavelmente relacionados é o do homem falecer antes que a mulher dentro das relações, fazendo com que essas permaneçam vivendo sem um parceiro. É também interessante um maior número de indivíduos hipertensos vivendo sozinho, comparando-se o estudo realizado no país de primeiro mundo, com o presente estudo, realizado em um do terceiro¹³. Em valores absolutos, encontramos um total de 74,2% dos entrevistados casados, um pouco maior que os encontrados por Stolf, GC e Hafe, PV os quais apresentaram taxas de 65% e 65,78% respectivamente.

A maioria dos indivíduos hipertensos (60%) foi diagnosticada como tal no prazo de uma década da entrevista, pouco mais que o encontrado por Stolf, GC onde metade de seus pacientes tinha esse perfil.

Mais da metade das mulheres procuravam assistência médica três vezes ou mais anualmente a fim de reavaliar sua hipertensão, enquanto pouco mais de um décimo dos homens tinham esse hábito. Fica demonstrado com esse dado o maior zelo que as mulheres apresentam em reavaliar constantemente sua hipertensão.

Os indivíduos do sexo feminino apresentaram uma maior adesão ao uso da medicação anti-hipertensiva onde mais de quatro quintos faziam seu uso regular, diferente dos homens onde um terço dos indivíduos não tinham esse hábito. Em valores totais, o presente estudo demonstrou que 80% dos entrevistados faziam uso regular da medicação, diferenciando-se do de Stolf, GC o qual referiu que mais da metade dos indivíduos faziam uso irregular ou não uso da medicação.

O controle do peso constituiu um dos fatores de menor adesão da população entrevistada ao tratamento não medicamentoso da hipertensão, revelando que mais da metade encontravam-se com peso maior comparado ao da época do diagnóstico. Não coube ao presente estudo fazer um detalhamento maior dessa questão, com parâmetros de IMC (Índice de Massa Corporal) dos indivíduos ou valores qualitativos afins, e sim estimar de forma quantitativa geral a adesão a este item no controle da hipertensão arterial. Freis, ED em seu trabalho questiona a diminuição do peso como medida efetiva no controle da hipertensão visto que quase a totalidade dos pacientes retornam ao seu peso antigo após 3 a 5 anos¹⁴. Não obstante, MacMahon em seu estudo transversal e prospectivo observou uma relação direta, intensa e sistemática entre peso corporal e pressão arterial¹⁶. Além disso, constatou uma elevação de 2-3mmHg na pressão sistólica e de 1-3mmHg para a diastólica para cada 10Kg a mais de peso¹⁶. A literatura também é consensual em associar direta ou indiretamente a obesidade com a hipertensão^{5,7,8}.

Observou-se uma maior adesão por parte das mulheres quanto à diminuição do sal no preparo dos alimentos, quando comparado a dos homens. Mais de três quartos delas aderiram a essa medida enquanto pouco mais da metade dos homens fizeram o mesmo. Freis, ED também indaga a eficácia da dieta pobre em sal no controle da hipertensão, visto que a longo prazo, essa medida se torna ineficaz e dentro de cinco anos todos os pacientes necessitarão de medicação. Comenta que no início do seu estudo, 93% dos hipertensos tinham a pressão controlada apenas através dessa medida, mas ao final do 29º mês, apenas 38% dos pacientes mantinham as cifras tensionais normais quando comparados com o grupo controle que fazia uso de medicação anti-hipertensiva¹⁴. Entretanto, segundo Elliot, P uma redução importante na ingestão de cloreto de sódio causando uma excreção urinária de apenas 100mmol de sódio por dia, culmina numa diminuição de 3,7mmHg na pressão sistólica e 2mmHg na diastólica¹⁷. Um importante estudo, o INTERSALT, realizado em 32 países diferentes, refere que uma redução de 100mmol na ingestão diária de sódio ao longo de toda a vida (dos 25 aos 55 anos), traria uma diminuição de 9mmHg na pressão sistólica¹⁸. A literatura é unânime referindo uma queda da pressão com a diminuição do consumo de sal e alimentos que o contenham em grande quantidade^{5,7,8}.

Quanto ao uso de alimentos enlatados, observou-se que mais de dois terços dos indivíduos que faziam uso habitual desse tipo de alimento, mantiveram seu uso após o diagnóstico. Quanto ao uso de conservas e alimentos embutidos, mais de 60% dos indivíduos

que os utilizavam habitualmente, diminuíram seu uso após o diagnóstico. Já quanto ao uso de alimentos industrializados, pouco mais de um quarto dos indivíduos que tinham seu consumo por hábito, o mantiveram após seu diagnóstico. O uso corriqueiro de queijo após o diagnóstico de HAS também foi mantido em quase 40% dos pacientes que o utilizavam previamente. Essas classes de alimentos que contém quantidade expressiva de sal e portanto estariam contra-indicados para esses pacientes, obteve uma adesão variável. Ela foi ruim para os alimentos enlatados, regular para os alimentos embutidos, conservas e queijos e relativamente boa para os industrializados. Faz-se mister comentar com esses dados, que um dos prováveis motivos da não adesão a esse tipo de dieta, consista na falta de informação por parte dos entrevistados no que se refere ao elevado teor de sódio dos alimentos acima.

O consumo de alimentos light/diet, pelos entrevistados que já os utilizavam antes do diagnóstico, permaneceu igual ou aumentou em todos após o mesmo. Não obstante, nenhum paciente, que não utilizava habitualmente esse tipo de comida, passou a consumi-la após o diagnóstico o que caracteriza uma não adesão de mais de três quintos do total de indivíduos.

As fibras faziam parte da dieta da grande maioria dos entrevistados e também quase a totalidade desses permaneceram ou aumentaram seu consumo após o diagnóstico. Uma dieta rica em frutas e vegetais assim como pobre em gorduras saturadas, pode diminuir em até 11mmHg a pressão sistólica e até 5mmHg a diastólica em pacientes hipertensos¹⁴. A utilização da dieta rica em fibras apresenta-se como um fator benéfico no controle da HAS e constituiu o ponto de maior adesão ao tratamento não medicamentoso no presente estudo.

Quanto à prática de atividade física, constatou-se que a totalidade dos homens referiram algum tipo de exercício enquanto que a maioria das mulheres também. Todos os indivíduos não praticantes estavam entre a quarta e a sexta década de vida. Não coube ao presente estudo fazer um detalhamento qualitativo e quantitativo de atividade física e sim apontar a presença ou não da adesão a essa atividade qualquer que fosse ela. A prática de atividade física com redução de peso e uma dieta pobre em sal podem diminuir ao longo de um ano as cifras tensionais em até 10 e 8mmHg da pressão sistólica e diastólica respectivamente. Embora a diminuição desses valores na PA serem significantes, essas medidas são ineficientes de maneira isolada para pacientes com pressão maior que 150/97mmHg¹⁴. Kokkinos em seu estudo multicêntrico coloca que a atividade física adequada pode induzir uma diminuição de 6-7mmHg na PA, tanto sistólica como diastólica¹⁹. A literatura mostra-se convicta em relação aos exercícios regulares, manifestando sua importância na redução da PA^{5,7,8}.

Com isso percebemos que mesmo tendo os pacientes uma elevada adesão a prática de atividade física, houve uma elevada taxa de não adesão à perda de peso, o que compromete ainda mais a redução das cifras tensionais através de métodos não medicamentosos cujos efeitos no controle da hipertensão podemos considerar razoáveis quando a adesão se faz em vários aspectos e não apenas em métodos isolados.

Mais de três quintos dos homens que faziam uso de bebida alcoólica antes do diagnóstico permaneceram usando-a freqüentemente, diferente das mulheres onde apenas dois quintos continuaram com o mesmo hábito. Não houve uma quantificação nem qualificação da bebida alcoólica, mas segundo o estudo de Silaste, ML a quantia de etanol ingerida semanalmente pelo indivíduo hipertenso do sexo masculino é quatro vezes maior que a utilizada pelo sexo oposto¹⁵. Observamos com isso um importante fator de não adesão ao tratamento não medicamentoso, principalmente do sexo masculino.

Apesar de quase metade dos homens fumarem antes do seu diagnóstico enquanto que pouco mais de um décimo das mulheres referirem tal vício, todos os indivíduos de ambos os sexos afirmaram terem diminuído ou parado o tabagismo após o diagnóstico de hipertensão. Stolf, GC em seu estudo relatou que 95% dos pacientes não fumavam embora quase 80% tenham referido tabagismo antes do início do tratamento. Já Braga, CC obteve a taxa de apenas 1,4% de fumantes enquanto que Hafe, PV um total de 20,4% de tabagistas hipertensos. Silaste, ML em seu trabalho afirmou um percentual maior de tabagistas homens comparado as mulheres, 27 e 16% respectivamente. O fato de diminuir a quantia de consumo de cigarros por dia constitui uma certa adesão ao tratamento, benéfica, mas não a desejável. O abandono do tabagismo constitui uma medida que, diferentemente dos outros hábitos dietéticos e de cuidados físicos, precisa ser levado ao seu extremo e só atinge seu valor máximo se o vício for deixado por completo.

Finalmente quanto à ingestão de alimentos ricos em gordura saturada, observamos que antes do diagnóstico, os alimentos mais utilizados habitualmente eram as frituras de uma maneira geral, gema de ovo e derivados e leite integral e derivados. Entretanto, os alimentos que tiveram a maior taxa de diminuição do seu consumo, após o diagnóstico, foram: a pele de frango, a carne de gado com gordura visível e o leite integral com seus derivados. Devemos chamar atenção também para alguns alimentos que apesar de não estarem na lista dos mais consumidos, foram os que obtiveram menor índice de adesão após o diagnóstico. São eles: a castanha e/ou amendoim, frutos do mar e chocolate e derivados. É importante salientar que a

adesão a esse tipo de tratamento se faz pela redução na ingestão de todos os vários tipos alimentares de maneira homogênea. A ingestão exacerbada de apenas um tipo de alimento concomitante ao controle de vários outros, com elevado teor de gordura saturada, pode ser tão maléfica quanto ao uso de vários tipos diferentes em menor quantidade. Convém ressaltar, apesar de já comentado na página anterior, que uma dieta pobre em gordura saturada e rica em fibras reduzem consideravelmente as cifras tencionais¹⁴.

Naturalmente que todos esses dados foram conseguidos por uma alteração manipulada na dieta e nos hábitos de vida dos pacientes envolvidos com as diversas pesquisas já realizadas. Portanto devemos nos lembrar sempre que essa realidade é difícil em nosso meio por vários motivos, dentre os quais citamos a baixa renda, baixa escolaridade, e baixo nível de atenção primária. Os Centros Primários de Saúde constituem um elo importante de ligação entre a população e o serviço de saúde. Portanto seria de extremo valor uma maior interação entre a equipe profissional multidisciplinar e o hipertenso, orientando-o, e dando o apoio necessário para uma maior qualidade na prevenção da Pressão Alta. Além disso não podemos esquecer que cada indivíduo é dotado de comportamentos, hábitos e pensamentos próprios, o que dificulta fazê-lo cumprir todas essas alterações de conduta. Cada indivíduo deve ser antes de mais nada, indagado se realmente está disposto a mudar. Talvez isso constitua o ponto principal para definir um futuro sucesso ou insucesso no tratamento não medicamentoso da hipertensão.

VIII. CONCLUSÕES

Podemos concluir no presente estudo aspectos epidemiológicos dos indivíduos hipertensos, residentes na microárea 03 do bairro Córrego Grande desta cidade, assim como a adesão do tratamento não medicamentoso através de medidas específicas adotadas por eles.

A) Quanto aos aspectos epidemiológicos concluímos que:

1. Quase três quartos dos indivíduos são do sexo feminino;
2. Quase 90% encontram-se entre a quinta e a oitava década de vida;
3. Quase 50% dos homens e mais de 80% das mulheres têm um baixo grau de instrução escolar;
4. Todos os indivíduos do sexo masculino e a maioria do sexo feminino encontram-se casados;
5. Quase 80% dos homens e mais da metade das mulheres fizeram seu diagnóstico em menos de 11 anos;
6. Mais da metade das mulheres fazem três ou mais consultas médicas anuais afim de reavaliar sua hipertensão enquanto apenas pouco mais de um décimo dos homens o fazem;
7. Dois terços dos indivíduos do sexo masculino e praticamente 85% do sexo oposto fazem uso regular de medicação antihipertensiva.

B) Quanto às medidas de adesão ao tratamento não farmacológico da hipertensão concluímos que:

8. A maioria dos indivíduos aumentou de peso após o diagnóstico, e portanto não aderiram ao tratamento não medicamentoso da hipertensão;
9. Mais da metade dos homens e mais de três quartos das mulheres diminuíram a quantia de sal no preparo dos alimentos, aderindo a esse tratamento;
10. Quase três quartos dos indivíduos que usavam alimentos industrializados e mais de 60% dos indivíduos que consumiam conservas, alimentos embutidos e queijos, diminuíram seu uso após o diagnóstico, também aderindo;
11. A grande maioria dos entrevistados faz uso de alimentação rica em fibra, evidenciando uma ótima adesão;
12. Todos os homens e praticamente 85% das mulheres praticam algum tipo de atividade física, o que caracteriza uma boa adesão ao tratamento não farmacológico;
13. Dos indivíduos que utilizavam rotineiramente bebidas alcoólicas antes do diagnóstico, permaneceram usando em mais de 60% do sexo masculino e 40% do feminino, evidenciando uma baixa adesão masculina e uma regular adesão feminina;
14. Todos os entrevistados tabagistas, diminuíram ou abandonaram esse hábito após o diagnóstico, caracterizando uma boa adesão;
15. Dos alimentos ricos em gorduras saturadas, os que tiveram maior adesão pelos indivíduos no sentido de terem sido retirados ou diminuídos da dieta foram a pele de frango, a carne de gado com gordura visível e o leite integral e derivados.

IX. NORMAS ADOTADAS

O presente estudo foi elaborado de acordo com a normatização para os trabalhos de conclusão do curso de graduação em medicina, resolução nº 001/2001 aprovada em Reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina em 05 de julho de 2001.

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Normas técnicas para o Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1988.
2. Rouquayrol MZ. Epidemiologia & Saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1993.
3. Bennett JC, Plum F. Cecil Tratado de Medicina Interna. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
4. Bulletin of the World Health Organization. Guideline for the Management of mild Hypertension. Santé: 1993.
5. Kohlmann Jr O, Guimarães AC, Carvalho MHC, Chaves Jr HC, Machado CA, Praxedes JN, et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. 1ª ed. Campos do Jordão: BG Cultural, 1998.
6. Décourt LV. Medicina Preventiva em Cardiologia. 1ª ed. São Paulo: Sarvier; 1988.
7. Ramos F, Bendersky M, Lotufo P, Reyes A, Villamil A, García DG, et al. Consenso Latino-Americano sobre Hipertensão Arterial. Buenos Aires: Waverly Hispánica; 2001.
8. Comité de Expertos de la OMS en Control de la Hipertensión. Control de la Hipertensión. Ginebra: OMS; 1994.
9. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
10. Stolf, GC. Perfil do paciente hipertenso atendido no CS II Itacorubi. Florianópolis; 2001.

11. Braga CC, Silva CVP, Rodrigues MA, Lima C, Zamataro VCO, Mornesso DM, et al. Perfil dos pacientes hipertensos atendidos no posto de saúde do Jardim Santiago – Londrina - PR. *Semina* 1994, vol 15: 11 – 6p.
12. Hafe PV, Andrade MJ, Fernando PB, Lopes C, Maciel MJ, Coelho R, et al. Prevalência conhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial no Porto, Portugal. *Ver Port Cardiol* 1997, 16 (9): 683 – 90p.
13. Van Rossum CTM, Van de Mheen H, Witteman JCM, Hofman A, Mackenbach JP, Grobbee DE. Prevalence, Treatment, and Control of Hypertension by Sociodemographic Factors Among the Dutch Elderly. *American Heart Association* march 2000, vol 35 (3): 814 – 831p.
14. Freis ED. Improving Treatment Effectiveness in Hypertension. *American Medical Association* 22 November 1999, vol 159 (21): 2517-2521p.
15. Silaste ML, Junes R, Rantala AO, Kauma, H, Lilja M, Savolainen MJ, et al. Dietary and other non-pharmacological treatments in patients with drug-treated hypertension and control subjects. *Journal of Internal Medicine* march 2000, vol 247 (3): 318 – 324p.
16. Mac Mahon S, et al. Obesity and hypertension: epidemiological and clinical issues. *European Heart Journal* 1987, vol 8: 57 – 70p.
17. Elliot P, Sleight P, Brunner HR. Observational studies of salt and blood pressure. *Hipertension* 1991, vol 17: 103 – 108p.
18. INTERSALT Cooperative research Group. INTERSALT: an international study of electrolyte excretion and blood pressure: results for 24-hour urinary sodium and potassium excretion. *British Medical Journal* 1988, vol 297: 319 – 328p.

19. Kokkinos PF, Narayan P, Collieran JA, et al. Effects of regular exercise on blood pressure and left ventricular hypertrophy in African-American men with severe hypertension. *New England Journal of Medicine* 1995, Vol 333: 1462 – 1467p.

XI. APÊNDICE

Questionário aplicado ao indivíduo residente na microárea 03 do Bairro Córrego Grande e catalogado como hipertenso no Centro de Saúde do referido bairro.

1. Nome: _____

2. Idade: _____ anos

3. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

5. Escolaridade:

☐ Analfabeto ☐ 1º grau incompleto ☐ 1º grau completo
☐ 2º grau incompleto ☐ 2º grau completo
☐ 3º grau incompleto ☐ 3º grau completo

6. Estado Civil:

☐ casado (a) ☐ união estável ☐ separado (a)
☐ Viúvo (a) ☐ solteiro (a)

7. Há quanto tempo tem o diagnóstico de hipertensão? _____ anos

8. Lembra-se do seu peso na época do diagnóstico?

☐ Sim ☐ Não

(Caso a resposta seja Não, pule para pergunta 9)

8. 1. Era de mais ou menos quantos kilogramas? _____ Kg.

8. 2. Comparando-se com aquela época, você se encontra atualmente com peso:

☐ Maior

☐ Menor

☐ Igual

9. Faz uso de sal no preparo dos seus alimentos?

☐ Sim

☐ Não

(Caso a resposta seja Não, pule para pergunta 10)

9. 1. Após seu diagnóstico, a quantidade de sal usada no preparo dos seus alimentos:

☐ Aumentou

☐ Diminuiu

☐ Não se alterou

10. Faz uso de alimentos enlatados (extrato de tomate, milho, ervilha, entre outros) habitualmente?

☐ Sim

☐ Não

(Caso a resposta seja Não, pule para pergunta 11)

10. 1. Após seu diagnóstico, a quantidade de alimentos enlatados utilizados em sua dieta:

☐ Aumentou

☐ Diminuiu

☐ Não se alterou

11. Faz uso de conservas (picles, azeitona, aspargo, palmito, entre outros) habitualmente?

☐ Sim

☐ Não

(Caso a resposta seja Não, pule para pergunta 12)

11. 1. Após seu diagnóstico, a quantidade de conservas utilizadas em sua dieta:

☐ Aumentou

☐ Diminuiu

☐ Não se alterou

12. Faz uso de alimentos embutidos (salsicha, mortadela, lingüiça, presunto, salame, paio, entre outros) habitualmente?

☐ Sim

☐ Não

(Caso a resposta seja Não, pule para pergunta 13)

12. 1. Após seu diagnóstico, a quantidade de alimentos embutidos utilizados em sua dieta:

☐ Aumentou

☐ Diminuiu

☐ Não se alterou

13. Faz uso de alimentos industrializados ("ketchup", mostarda, shoyu, caldos concentrados, entre outros) habitualmente?

☐ Sim

☐ Não

(Caso a resposta seja Não, pule para pergunta 14)

10. 1. Após seu diagnóstico, a quantidade de alimentos industrializados utilizados em sua dieta:

☐ Aumentou

☐ Diminuiu

☐ Não se alterou

14. Faz uso de queijos em geral habitualmente?

☐ Sim

☐ Não

(Caso a resposta seja Não, pule para pergunta 15)

10. 1. Após seu diagnóstico, a quantidade de queijos utilizados em sua dieta:

☐ Aumentou

☐ Diminuiu

☐ Não se alterou

15. Faz uso de bebidas alcoólicas habitualmente?

☐ Sim

☐ Não

(Caso a resposta seja Não, pule para pergunta 16)

15. 1. Após seu diagnóstico, a quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas pelo (a) senhor (a):

☐ Aumentou

☐ Diminuiu

☐ Não se alterou

16. Faz uso de alimentos light/diet habitualmente?

☐ Sim

☐ Não

(Caso a resposta seja Não, pule para pergunta 17)

16. 1. Após seu diagnóstico, a quantidade de alimentos light/diet utilizados em sua dieta:

☐ Aumentou

☐ Diminuiu

☐ Não se alterou

17. Faz uso de alimentos ricos em fibras (frutas, grãos, verduras, folhas) habitualmente?

☐ Sim

☐ Não

(Caso a resposta seja Não, pule para pergunta 18)

17. 1. Após seu diagnóstico, a quantidade de alimentos ricos em fibras utilizados em sua dieta:

☐ Aumentou

☐ Diminuiu

☐ Não se alterou

18. Costuma fazer exercícios físicos (caminhadas, corrida, ou outros esportes) regularmente?

☐ Sim

☐ Não

(Caso a resposta seja Não, pule para pergunta 19)

18. 1. Após seu diagnóstico, a quantidade em vezes por semana desses exercícios:

☐ Aumentou

☐ Diminuiu

☐ Não se alterou

18. 2. Após seu diagnóstico, o tempo de atividade diária desses exercícios:

☐ Aumentou

☐ Diminuiu

☐ Não se alterou

19. Fumava antes do seu diagnóstico de hipertensão?

☐ Sim

☐ Não

(Caso a resposta seja Não, pule para pergunta 20)

19. 1. Após seu diagnóstico, a quantidade de cigarros tragados por dia:

☐ Aumentou

☐ Diminuiu ou parou

☐ Não se alterou

20. Quais dos seguintes alimentos abaixo o Sr. (a) usa habitualmente?

- ☐ Porco (banha, carne, "bacon", torresmo)
- ☐ Leite integral, creme de leite, nata, manteiga
- ☐ Lingüiça, salame, mortadela, presunto, salsicha, sardinha
- ☐ Frituras com qualquer tipo de gordura
- ☐ Frutos do mar (camarão, mexilhão, ostras)
- ☐ Miúdos (coração, moela, fígado, miolos, rim)
- ☐ Pele de frango, couro de peixe
- ☐ Gema de ovo e suas preparações
- ☐ Carne de gado com gordura visível
- ☐ Castanhas, amendoim
- ☐ Chocolate e derivados, Sorvetes

Dos que foram assinalados, quais desses foram reduzidos ou retirados da dieta após seu diagnóstico: _____ .

21. Quantas vezes anualmente o Sr. (a) costuma ir ao médico para uma reavaliação de sua hipertensão?

- | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nenhuma vez | <input type="checkbox"/> Uma vez | <input type="checkbox"/> Duas vezes |
| <input type="checkbox"/> Três vezes | <input type="checkbox"/> Quatro ou mais vezes | |

22. O Sr. (a) utiliza alguma medicação regular para o controle de sua hipertensão?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

TCC
UFSC
SP
0051

N.Cham. TCC UFSC SP 0051.

Autor: Degering, Anderlei

Título: Perfil epidemiológico das urocul



972810809

Ac. 254129

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM